

Análisis comparativo del estigma en salud mental en profesionales y población general: aproximación desde el trabajo social

Modalidad: Investigación en Trabajo Social

María de los Ángeles Quesada Cubo

Investigadora y docente predoctoral FPU en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad Pablo de Olavide

Resumen

El estigma continúa siendo la principal barrera para una vida plena de las personas con problemas de salud mental, derivado de la ignorancia, prejuicios y discriminación social. Este trabajo analiza la estigmatización mediante el conocimiento, actitudes y conductas de profesionales de centros especializados en salud mental y la población general. Se aplicó un cuestionario que incluyó las escalas *Community Attitudes Toward the Mentally Illness*, *Mental Health Knowledge Schedule* y *Reported and Intended Behavior Scale*. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, se delineó un perfil más estigmatizante: hombres, personas mayores, con menor nivel educativo y escaso contacto con personas con problemas de salud mental. A partir de los resultados, se destaca la necesidad de implementar intervenciones desde el Trabajo Social que integren investigación y práctica, promoviendo la sensibilización y educación para reducir el estigma y sus efectos negativos, contribuyendo a una sociedad más inclusiva y solidaria.

Palabras clave

Salud mental, estigma, estereotipos, profesionales, Trabajo Social.

Abstract

Stigma remains the main barrier to a full life for people with mental health problems, stemming from ignorance, prejudice, and social discrimination. This work analyzes stigmatization through knowledge, attitudes, and behaviors among professionals in specialized mental health centers and the general population. A questionnaire was administered, including the *Community Attitudes Toward the Mentally Illness*, *Mental Health Knowledge Schedule*, and *Reported and Intended Behavior Scale*, along with sociodemographic questions. No statistically significant differences were observed between the two groups, although a more stigmatizing profile was identified: men, older individuals, those with lower educational levels, and those with little contact with people with mental health problems. Based on the results,

the need to implement interventions from Social Work that integrate research and practice is emphasized, promoting awareness and education to reduce stigma and its negative effects, contributing to a more inclusive and supportive society.

Key words

Mental health, stigma, stereotypes, professionals, Social Work

1. INTRODUCCIÓN

Desde su inicio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud mental (SM) como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede gestionar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y contribuir de manera activa a su comunidad,

La Confederación de Salud Mental de España (2016) estima que una de cada cuatro personas experimentará algún trastorno mental a lo largo de su vida. Según la última Encuesta Europea de Salud en España (2020), aunque la prevalencia de trastornos mentales ha disminuido en dos puntos en comparación con el 2014 (del 7,4% al 5,4%), la gravedad y el impacto de estos trastornos han aumentado notablemente tras la pandemia de COVID-19. A nivel mundial, la OMS (2019) estima que los trastornos mentales afectan a un 25% de la población, lo que se traduce en 450 millones de personas, y constituyen el 40% de las enfermedades crónicas, siendo además la mayor causa de los años vividos con discapacidad y situándose entre las tres principales causas de muerte no accidental.

El principal obstáculo para acceder a un tratamiento adecuado sigue siendo el estigma asociado a los problemas de salud mental. Este estigma se manifiesta a través de actitudes, prejuicios y comportamientos discriminatorios (Confederación SM España, 2020) que se sustentan en la falta de conocimiento e información sobre estos trastornos. A diferencia de otras patologías que han recibido una mayor cobertura mediática y sensibilización social, la salud mental se enfrenta a un estigma persistente que ha creado un tabú con numerosas connotaciones negativas. Molina (2021) señala que este desconocimiento e invisibilidad generan un rechazo y distanciamiento que afectan tanto a las personas que padecen estos trastornos como a su entorno.

Balasz et al. (2016) identifican una serie de características particulares de los trastornos mentales que contribuyen a su estigmatización: son condiciones que no se ven, son intangibles, difíciles de definir y cuya evolución es incierta, lo cual genera en la población una reacción distinta a la que se tiene frente a enfermedades físicas. Como resultado, las personas tienden a mostrar mayor empatía y apoyo hacia quienes padecen dolencias físicas que hacia quienes enfrentan problemas de salud mental. Este fenómeno se ve amplificado por el papel que desempeñan los medios de comunicación, que son la principal fuente de información sobre la salud mental para el 90% de la población. Mena et al. (2014) señalan que el número de reportajes que asocian los trastornos mentales con la violencia es cuatro veces mayor que aquellos que muestran una actitud positiva, contribuyendo así a popularizar un lenguaje discriminatorio que perpetúa prejuicios y estereotipos negativos.

La Confederación Española de Salud Mental (2016) expone que el estigma se estructura en tres niveles: estereotipos (creencias no fundamentadas), prejuicios (actitudes emocionales de distanciamiento) y discriminación (comportamientos de rechazo). Estos factores desencadenan efectos negativos en la vida de las personas con problemas de salud mental, limitando sus oportunidades de empleo, su acceso a una vivienda adecuada y sus posibilidades de recibir tratamiento (Overton y Medina, 2011). Rivera (2015) estima que dos de cada tres personas con problemas de salud mental no buscan tratamiento debido al temor al estigma y a la falta de información. Así, las personas que padecen estos trastornos se enfrentan a una “doble enfermedad”: por un lado, los síntomas propios de su afección, y por otro, los efectos del estigma que agravan su situación y limitan su participación social.

La OMS (2019) subraya la necesidad de romper este “ciclo del estigma”, el cual genera discriminación y, a su vez, exclusión social, privando a las personas de sus derechos humanos fundamentales y deteriorando su calidad de vida. Aunque se han logrado avances en el ámbito biológico, psicológico, social y político, la salud mental sigue estando marcada por un fuerte componente moralista que genera culpa y vergüenza, afectando no solo a los pacientes, sino también a sus familias y a los profesionales que los atienden. De hecho, el estigma por asociación afecta a algunos profesionales del ámbito psicosocial, quienes a veces optan por ocultar su profesión para evitar el rechazo social (Confederación de Salud Mental, 2015).

Diversos estudios han documentado la forma en que el estigma afecta a los entornos laborales y comunitarios. Badallo et al. (2013) resaltan que este se manifiesta a través de actitudes discriminatorias como la “tolerancia fría” y el paternalismo, especialmente entre los vecinos de recursos de atención psicosocial. Como resultado, los y las usuarias de los servicios de SM se enfrentan a un estresor crónico que impacta negativamente en múltiples facetas de su vida, incluidas sus oportunidades laborales y su estado de salud (Aguilar et al., 2016).

Las investigaciones indican que el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la salud mental varían según factores sociodemográficos. Ruiz (2015) documenta que las mujeres y las personas mayores de edad tienden a mostrar un menor conocimiento sobre los problemas de salud mental, lo que se asocia con una mayor estigmatización. Fresan et al. (2011) sugieren que las mujeres perciben mayor agresividad y optan por mantener una mayor distancia social, mientras que Moreno et al. (2014) concluyen que los hombres tienden a exhibir actitudes más estigmatizantes y que los más jóvenes poseen un conocimiento limitado sobre estos trastornos. En Colombia, Pinto (2020) identifica que el estigma predomina entre hombres, personas mayores de 60 años, con bajo nivel educativo y en ocupaciones manuales.

López et al. (2008) destacan que la información contribuye a modificar el componente cognitivo del estigma, pero el impacto sobre el comportamiento es limitado debido a la influencia del componente emocional. En este sentido, la educación y el contacto social se perfilan como estrategias efectivas para cambiar actitudes. El contacto con personas con problemas de SM ha mostrado ser un factor relevante: Couture y Penn (2003) concluyen que quienes han tenido contacto previo son menos propensos a estigmatizar debido a la experiencia directa. Igualmente, Medina et al. (2018) subrayan que el contacto cercano y profundo fomenta actitudes más positivas.

No obstante, Muñoz et al. (2011) señalan que el mero contacto no garantiza la reducción del estigma, especialmente entre familiares de personas con problemas de SM. En cuanto a los y las profesionales, Munsuri y Pinazo (2016) documentan que las actitudes de los/as estudiantes de enfermería mejoran con la formación práctica. Cremonini et al. (2017) y Del Olmo et al. (2019) encuentran resultados similares en profesionales de España, Portugal e Italia, donde los y las profesionales de psicología y trabajo social muestran mayor sensibilidad hacia la salud mental.

El estigma no solo impacta a las personas con problemas de SM, sino también a los y las propias profesionales. Verhaeghe y Brake (2012) revelan que este está relacionado con un mayor agotamiento emocional y una menor satisfacción laboral, lo que resalta la necesidad de programas educativos que desmitifiquen el estigma (Pande et al., 2011).

En este contexto, en el que el estigma no solo afecta a su bienestar individual, sino que también genera barreras en su acceso a servicios y oportunidades esenciales, perpetuando la exclusión social, el Trabajo Social tiene un rol clave para contrarrestar estas barreras a través de intervenciones directas y la promoción de cambios sociales.

En este contexto, el presente estudio formula como hipótesis central que los/as profesionales presentan un mayor conocimiento, menor prevalencia del estigma y mayor disposición a interactuar con las personas que presentan problemas de salud mental que la población general. Para abordar esta hipótesis, se establece como objetivo general analizar la estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental a través del conocimiento, las actitudes y la disposición a interactuar de los/as profesionales que trabajan en centros especializados y de la población general que reside próxima a estos centros. Los objetivos específicos se plantean de la siguiente manera: 1) Determinar si existen diferencias significativas entre quienes tienen contacto o no con personas que padecen problemas de salud mental. 2) Explorar las diferencias según variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel de estudios.

2. METODOLOGÍA

2.1. Participantes

La presente investigación se llevó a cabo con una muestra de 50 participantes en la provincia de Sevilla, compuesta por profesionales de centros especializados en atención directa a población con problemas de salud mental grave y población general residente en cercanías a dichos centros.

La selección de la muestra se realizó a partir de la identificación y contacto con ocho centros especializados en salud mental en la provincia de Sevilla entre enero y marzo de 2023. En total, se contactaron con cinco profesionales en cada centro, y se recibió un número considerable de declinaciones a participar debido a factores como la falta de tiempo, la carga de trabajo y el estigma asociado a la salud mental.

Los criterios de inclusión para la población objeto de estudio fueron los siguientes: ser mayores de edad y tener dominio del idioma castellano. En el caso de los y las profesionales, se requería contar con una experiencia mínima de cinco años en el ámbito de la SM. Para la población general, debían residir en un radio máximo de un kilómetro de la

ubicación del centro durante al menos cinco años. Estos criterios fueron establecidos para asegurar que tuvieran el conocimiento y la experiencia necesarios. El criterio de exclusión estableció descartar a quienes no completaran más del 70% de los cuestionarios.

En cuanto a las características de la muestra destaca que 20 son profesionales de centros de atención directa, incluyendo psicólogos/as, psiquiatras, abogados/as trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales, y 30 pertenecen a la población en general. Existe una mayor prevalencia del género femenino, alcanzando el 62% (n=31), frente al masculino con un 38% (n=19). Referente a la edad, resalta la adultez en la estructura por edades ya que más de la mitad de los individuos (60%) tienen entre 31 y 64 años, seguido de los menores de 30 años (24%) y los mayores de 65 años. La media de edad es de 46.82 siendo la mínima de 18 años y la máxima de 86 años. Acentuar que el nivel de estudios es una variable muy representativa, ya que no existen apenas variaciones entre los niveles primarios, secundarios y terciarios.

2.2. Técnicas y variables

Ha sido diseñado a partir de la operacionalización del estigma en tres constructos, constituyendo las variables dependientes (VD) que corresponden a las escalas utilizadas: Actitudes (CAMI), conocimientos (MAKS) y conductas (RIBS). Se detallan a continuación:

1) Cuestionario sociodemográfico Ad hoc

Se ha utilizado un cuestionario sociodemográfico Ad hoc de elaboración propia constituido por un total de 9 variables: Sexo, edad, nivel de estudios, ocupación actual e información, frecuencia, ámbitos y tipo de contacto con personas que presentan problemas de salud mental. Presenta un Alfa de Cronbach de 0.913.

2) Community Attitudes Toward the Mentally Illness (CAMI)

Elaborada por Taylor y Dear en 1981. Es utilizada ampliamente y analiza las actitudes de las personas ante los trastornos mentales. En la adaptabilidad al español, este instrumento tiene una consistencia interna del 90%, siendo el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.861, lo que indica una fiabilidad excelente (Román et al., 2022).

La escala tiene cuatro subescalas, cuyas variables son y evalúan lo siguiente: Autoritarismo (AU), visión de inferioridad de las personas con EM asociado a que ésta requiere supervisión y coerción; Benevolencia (BE), visión humanista y comprensiva de las personas con EM; Restricción social (SR), creencia de que las personas con EM son una amenaza para la sociedad; Ideología de la salud mental comunitaria (CMHI), aceptación e integración de las personas con EM en los servicios de salud mental y en la comunidad. El estigma general se calcula sumando las subescalas. Mayor puntuación indica menor actitud de estigma, denotando menor nivel de AU y SR y mayor de BE y CMHI (Abi Doumit, 2019).

3) Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)

Elaborada por Evans-Lacko et al. (2010). Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.749, siendo pionero en su utilización en español (Abi Doumit et al., 2019). Evalúa y rastrea los conocimientos en salud mental relacionados con el estigma hacia los trastornos mentales.

les. Permite así una mejor comprensión de cómo se interrelacionan el conocimiento, las actitudes y el comportamiento (Cangas et al., 2014).

Se compone de doce ítems, la mitad son afirmaciones que exploran el nivel de conocimiento sobre SM relacionadas con el estigma, siendo las variables: búsqueda de ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento y recuperación. Tres de los ítems se codifican en reversa para reflejar la dirección de la respuesta correcta. Y la otra mitad, exploran el grado en el que ubican determinadas condiciones como una enfermedad mental (depresión, estrés, esquizofrenia, trastorno bipolar, drogadicción, duelo). Están diseñados para establecer niveles de reconocimiento y familiaridad con diversas condiciones (Evans-Lacko et al., 2010).

4) Reported and Intended Behavior Scale (RIBS)

También elaborada por Evans-Lacko et al. (2019), con un alfa Cronbach de 0.766 (Abi Doumit et al, 2019). Evalúa el comportamiento informado y previsto, relacionado con el estigma en cuatro contextos diferentes: familiar, laboral, comunitario y social en relación con alguien con un problema de SM (Evans-Lacko et al., 2011).

Consta de ocho ítems. La mitad evalúan experiencias previas de convivencia con personas con alguna enfermedad mental y responden con las opciones “sí”, “no” y “no sé”, para estimar la prevalencia. La otra mitad evalúan la disposición a vivir, trabajar, estar cerca o tener amistad con alguna persona que padezca una EM. Se hace en una escala Likert que va del 5 (totalmente de acuerdo) a 1 (totalmente en desacuerdo), de forma que, a mayor puntuación, mayor disposición para interactuar con personas con problemas mentales (Evans-Lacko et al., 2011), esto es, una intención de comportamiento menos estigmatizante.

2.3. Procedimientos

Referente al protocolo seguido, se contactó por vía presencial y telefónica con la población y los centros seleccionados. La selección de los centros se realizó de acuerdo con criterios específicos: debían ofrecer una atención especializada e integral a las personas con problemas de salud mental y estar ubicados en áreas accesibles, asegurando la representatividad de distintos contextos urbanos y rurales. Asimismo, se priorizó que los centros fueran abiertos y accesibles a la comunidad, y que contaran con disponibilidad para colaborar en la investigación y compartir información relevante.

Tanto el cuestionario como las escalas se administraron en un único acto cara cara. Como paso previo, se les informó sobre la voluntariedad y finalidad de la investigación, garantizando la confidencialidad de los datos. Se ha realizado conforme al Código de Ética de Trabajo Social y de la Federación Internacional de Trabajadores/as Sociales (FITS), y a la Ley Orgánica 3/2008, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales.

Posteriormente, se llevó a cabo el procesamiento en Microsoft Excel y la codificación, análisis y gestión de los datos a través del software IBM SPSS Statistics 27.0. Se han efectuado análisis estadísticos de tipo descriptivo, de fiabilidad, de contingencia y de asociaciones bivariantes a través de tablas ANOVA y estadístico chi-cuadrado. También, se han aplicado análisis multivariantes, efectuando regresiones lineales múltiples por medio del coeficiente Beta, la significación del coeficiente y constante y tablas ANOVA.

3. RESULTADOS

En el análisis descriptivo, se presentan diferencias significativas en cuanto al contacto con personas con problemas de SM. El 68% de los sujetos informa haber tenido contacto con este colectivo, mientras que el 32% no lo ha tenido. Cabe destacar que, de los 34 participantes con contacto, 20 son profesionales de SM, cuyo contacto es de carácter diario y laboral. Asimismo, se observa una distribución equitativa entre quienes reportan recibir información sobre salud mental (52%, n=36) y aquellos que no la reciben (48%, n=24).

Posteriormente, en el análisis bivariante, cabe indicar que se calculan los p-valores utilizando un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación del 5%.

Tabla 1: Análisis bivariante con tablas de contingencia de la VD (actitud) y cada VI, con sus respectivas pruebas de chi-cuadrado y estadísticos de asociación. % por filas (VI).

		Baja	Media	Alta
Tipo de perfil	Profesional	80,0%	20,0%	0,0%
	Población	36,7%	40,0%	23,3%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,006		
	V de Cramer	0,455		
Sexo	Hombre	52,6%	31,6%	15,8%
	Mujer	54,8%	32,3%	12,9%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,960		
	V de Cramer	0,041		
Edad	Menores de 30 años	83,3%	16,7%	0,0%
	De 31 a 64 años	53,3%	46,7%	0,0%
	Mayores de 65 años	12,5%	0,0%	87,5%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,000		
Nivel de estudios	Primarios	5,9%	52,9%	41,2%
	Secundarios	60,0%	40,0%	0,0%
	Terciarios	94,4%	5,6%	0,0%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,000		
Contacto	Sí	76,5%	20,6%	2,9%
	No	6,3%	56,3%	37,5%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,000		
	V de Cramer	0,563		
Información	Sí	80,8%	15,4%	3,8%
	No	25,0%	50,0%	25,0%
	Total	54,0%	32,0%	14,0%
	P-valor	0,000		
	V de Cramer	0,563		

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado.

Fuente: Elaboración propia.

El p-valor mayor que el nivel de significación solo recae en la variable sexo ($p = 0.960$), indicando que el contraste entre la actitud de estigma y el sexo no es estadísticamente significativo, lo que confirma la independencia entre las variables. No se observan diferencias en las actitudes de estigma entre hombres y mujeres.

El resto de las variables presentan un contraste con la VD estadísticamente significativo. Lo que significa que todas las variables exceptuando el sexo, presentan relación con la actitud hacia el estigma. La relación entre las variables es directa, excepto para el nivel de estudios, que muestra una relación inversa ($\text{Gamma} = -0.945$). Los valores del V de Cramer indican asociaciones moderadas, oscilando entre 0.455 y 0.563, excepto el nivel de estudios, que muestra una fuerte asociación

Respecto al total de la muestra, el 54% presenta un bajo nivel de estigma, mientras que solo el 14% muestra un nivel alto. En cuanto al tipo de perfil, la población general muestra un 23.3% de alto estigma y 36.7% de bajo estigma, mientras que los/as profesionales muestran 0% y 80% respectivamente. Referente a la edad, las personas menores de 30 años muestran un nivel de estigma bajo del 83.3%, las de 31 a 65 años del 53.3%, y las mayores de 65 años del 12.5%, que a su vez es el único grupo de edad que presenta alto estigma (87.5%). Relativo al nivel de estudios, el 94.4% con estudios terciarios presenta un bajo nivel de estigma, frente al 5.9% de quienes tienen estudios primarios. Solo las personas con estudios primarios presentan un alto estigma (41.2%). Finalmente, las personas que tienen contacto con este colectivo muestran un 76.6% de bajo estigma frente a un 6.3% de bajo estigma, mientras que quienes no tienen contacto reportan un 37.5% de alto estigma.

Tabla 2: Análisis bivariante con tablas de contingencia de la VD (conocimiento) y cada VI, con sus respectivas pruebas de chi-cuadrado y estadísticos de asociación. % por filas.

		Alto	Medio	Bajo
Perfil de población	Profesional	80,0%	20,0%	0,0%
	Población	53,3%	20,0%	26,7%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,036		
	V de Cramer	0,365		
Sexo	Hombre	52,6%	26,3%	21,1%
	Mujer	71,0%	16,1%	12,9%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,423		
	V de Cramer	0,185		
Edad	Menores de 30 años	91,7%	0,0%	8,3%
	De 31 a 64 años	66,7%	33,3%	0,0%
	Mayores de 65 años	12,5%	0,0%	87,5%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,000		
V de Cramer	0,919			

Nivel de estudios	Primarios	17,6%	35,3%	47,1%
	Secundarios	86,7%	13,3%	0,0%
	Terciarios	88,9%	11,1%	0,0%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,000		
	Gamma	-0,850		
Contacto	Sí	79,4%	14,7%	5,9%
	No	31,3%	31,3%	37,5%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,002		
	V de Cramer	0,495		
Información	Sí	88,5%	7,7%	3,8%
	No	37,5%	33,3%	29,2%
	Total	64,0%	20,0%	16,0%
	P-valor	0,001		
	V de Cramer	0,532		

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado.

Fuente: Elaboración propia.

Al igual que sucedía con la VD anterior, la variable independiente del conocimiento es el sexo. El resto de las variables tienen relación y son directas exceptuando el nivel de estudios que es inversa. En cuanto al grado de asociación entre las variables, es fuerte para la edad y el nivel de estudios, 0.919 y 0.850 respectivamente. En cambio, para el contacto (0.495) e información (0.532) es moderada, y en el caso del perfil es débil ya que el V de Cramer es de 0.365.

Respecto al total de la muestra, el 64% presenta un alto conocimiento en SM y un 16% bajo. En cuanto al tipo de perfil, la población general muestra un 53.3% de alto conocimiento y 26.7% de bajo, mientras que los/as profesionales muestran 80% y 0% respectivamente. Referente a la edad, las personas menores de 30 años muestran un alto conocimiento del 91.7%, las de 31 a 65 años del 66.7%, y las mayores de 65 años del 12.5%, que a su vez presenta una elevada cifra de bajo conocimiento (87.5%). Relativo al nivel de estudios, las personas que cuentan con estudios terciarios presentan un 87.9% de alto conocimiento, mientras que los estudios secundarios y primarios un 86.7% y 17.6% respectivamente. No obstante, son las personas con estudios primarios el único grupo que presenta bajo conocimiento (47.1%). En relación con las personas que tienen contacto con este colectivo, un 79.4% presenta alto conocimiento frente a un 31.3% de alto conocimiento y 37.5% de bajo conocimiento en quienes no tienen contacto. De forma similar sucede con la información en SM, quienes dicen recibir presentan un 88.5% de alto conocimiento frente a quienes no reciben con un 37.5% de alto conocimiento y un 29.2% de bajo conocimiento.

Tabla 3: Análisis bivariante con tablas de contingencia de la VD (conducta) y cada VI, con sus respectivas pruebas de chi-cuadrado y estadísticos de asociación. % por filas (VI).

		<i>Alta</i>	<i>Media</i>	<i>Baja</i>	
Perfil de población	Profesional	75,0%	25,0%	0,0%	
	Población	56,7%	40,0%	3,3%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,352			
	V de Cramer	0,204			
Sexo	Hombre	52,6%	42,1%	5,3%	
	Mujer	71,0%	29,0%	0,0%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,241			
	V de Cramer	0,238			
Edad	Menores de 30 años	83,3%	16,7%	0,0%	
	De 31 a 64 años	70,0%	30,0%	0,0%	
	Mayores de 65 años	12,5%	74,0%	12,5%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,006			
Nivel de estudios	Primarios	23,5%	70,6%	5,9%	
	Secundarios	73,3%	26,7%	0,0%	
	Terciarios	94,4%	5,6%	0,0%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,000			
Gamma		-0,868			
	Contacto	Sí	79,4%	20,6%	0,0%
		No	31,3%	62,5%	6,3%
		Total	75,0%	25,0%	2,0%
		P-valor	0,003		
V de Cramer		0,484			
Información	Sí	84,6%	15,4%	0,0%	
	No	41,7%	54,2%	4,2%	
	Total	75,0%	25,0%	2,0%	
	P-valor	0,006			
	V de Cramer	0,452			

Nota: p-valor corresponde a la prueba de chi-cuadrado.

Fuente: Elaboración propia.

Existen dos variables, perfil y sexo que no tienen relación. De esta forma, no existen diferencias entre población general y profesionales y entre hombres y mujeres respecto a la disposición para interactuar con personas que presentan problemas de SM. Al igual que sucede en los dos casos anteriores, la variable nivel de estudios presenta una relación inversa y un grado de asociación fuerte (0.868). En cambio, la relación de las variables de contacto, formación y edad es directa, siendo moderada en las dos primeras y débil en la última, con un V de Cramer de 0.382.

Respecto al total de la muestra, el 75% presenta una disposición alta para interactuar con personas que presentan problemas de SM y solo un 2% bajo. En cuanto al tipo de perfil, la población general muestra un 56.7% de alta disposición y 3.3% baja, mientras que los/as profesionales muestran 75% y 0% respectivamente. Referente a la edad, las personas menores de 30 años muestran una alta disposición del 83.3%, las de 31 a 65 años del 70%, y las mayores de 65 años del 12.5%, que a su vez es el único grupo que presenta una baja disposición (12.5%). Relativo al nivel de estudios, las personas que cuentan con estudios terciarios presentan un 94.4% de alta disposición, mientras que los estudios secundarios y primarios un 73.3% y 23.5% respectivamente. No obstante, son las personas con estudios primarios el único grupo que presenta bajo conocimiento (47.1%). En relación con las personas que tienen contacto con este colectivo, un 79.4% presenta alta disposición frente a un 31.3% de alta disposición y 62.5% de baja disposición en quienes no tienen contacto. De forma similar sucede con la información en SM, quienes dicen recibir presentan un 84.6% de alta disposición frente a quienes no reciben con un 41.7% de alta disposición y un 4.2% de baja disposición.

Se han calculado las medias y desviaciones estándar (DT) de los principales instrumentos, con el fin de proporcionar una visión más clara de la distribución de las puntuaciones y facilitar la comparación con otros estudios. En la escala CAMI, la media para la subescala de Autoritarismo fue de 2.75 (DT = 0.65), mientras que en Benevolencia se obtuvo una media de 4.20 (DT = 0.58). En la escala MAKES, la media general fue de 6.80 (DT = 1.10), reflejando un nivel moderado de conocimiento sobre la salud mental en la muestra. En la escala RIBS, la media fue de 3.90 (DT = 0.85), lo que sugiere una disposición favorable hacia la interacción con personas con problemas de salud mental. Estos resultados descriptivos ofrecen una primera aproximación a las actitudes, conocimientos y comportamientos de los participantes, proporcionando un punto de partida para los análisis comparativos y multivariantes realizados posteriormente.

Previamente al análisis multivariante, se ha realizado la prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra para comprobar que siguen una distribución de frecuencias normal y la de homocedasticidad, con el fin de prevenir las correlaciones espurias, se han utilizado regresiones lineales múltiples. Señalar que el nivel de significación de ANOVA de los tres modelos de regresión es de $p=0.000$. Por lo que, se puede concluir que existe relación significativa entre las variables y que están linealmente relacionadas.

Tabla 4: Regresiones lineales múltiple de las VD (actitud, conocimiento y conducta) y cada VI, con sus respectivos coeficiente Beta, significación y pruebas ANOVA.

	Actitud			Conocimiento			Conducta		
	Coeficiente	Beta	Sig.	Coeficiente	Beta	Sig.	Coeficiente	Beta	Sig.
(Constante)	177,971		0,000	58,279		0,000	20,104		0,000
Perfil	5,337	0,080	0,387	-2,918	-0,119	0,034	-0,651	-0,120	0,231
Edad	-0,903	-0,487	0,000	-0,177	-0,478	0,000	-0,080	-0,529	0,000
Sexo	-7,669	-0,112	0,042	-2,990	-0,219	0,004	-1,666	-0,298	0,000
Estudios	8,089	0,201	0,049	1,073	0,134	0,024	0,616	0,188	0,040
Información	-4,167	-0,063	0,494	-2,570	-0,195	0,158	-0,501	-0,093	0,350
Contacto	8,144	0,296	0,002	1,782	0,325	0,002	0,562	0,251	0,011
		R2	0,822		R2	0,787		R2	0,792
		ANOVA	0,000		ANOVA	0,000		ANOVA	0,000

Modelo de regresión: $y = 5,337x_1 - 0,903x_2 - 7,669x_3 - 8,089x_4 - 4,167x_5 - 8,144x_6 + 177,971$

Modelo de regresión: $y = 2,918x_1 - 0,177x_2 - 2,990x_3 - 1,073x_4 - 2,570x_5 - 1,782x_6 + 58,279$

Modelo de regresión: $y = 0,651x_1 - 0,080x_2 - 1,666x_3 - 0,616x_4 - 0,501x_5 - 0,562x_6 + 0,562$

Fuente: Elaboración propia.

El que el R^2 de los tres modelos sea alto, quiere expresar que un gran porcentaje de la varianza de la VD es explicada por las VI incluidas en el modelo. Indica alto ajuste y capacidad predictiva.

Tras controlar el resto de los determinantes, en la actitud, las variables que presentan una asociación estadísticamente significativa son cuatro: Edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La variable más significativa es la edad con un valor Exp (B) de 0.487. Las siguientes que más influyen son: Intensidad del contacto (0.296) y nivel de estudios (0.201), siendo la que menos el sexo con un valor de 0.112. El coeficiente Beta de la variable edad es negativo, esto quiere decir que la relación con la VD es inversa. De esta forma a menor edad, mayor puntuación es la escala CAMI que significa una actitud más positiva hacia el estigma. En términos prácticos significa que es más probable presentar una actitud positiva hacia el estigma si se tiene menor edad. Igualmente, referente a los estudios, a mayor nivel, una actitud más positiva. Y son las mujeres y los sujetos que tienen mayor frecuencia de contacto quienes también presentan una actitud más positiva.

Para el conocimiento, las variables que presentan una asociación estadísticamente significativa son cinco: Tipo de perfil, edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La más significativa vuelve a ser la edad con un valor Exp (B) de 0.478. Seguida de intensidad de contacto (0.325) y sexo (0.219). Luego, las que menos influyen son nivel de estudios (0.134) y tipo de perfil (0.119). En este caso sí existe una diferencia significativa entre la población general y los/as profesionales, presentando estos últimos un mayor conocimiento. Al igual que sucedía con las actitudes hacia el estigma, a menor edad, nivel académico e intensidad de contacto con personas que presentan problemas de SM, muestran un mayor conocimiento. Así como existe una mayor prevalencia de conocimiento en las mujeres.

Para la disposición a interactuar, las variables que presentan una asociación estadísticamente significativa son cuatro: Edad, sexo, nivel de estudios e intensidad del contacto. La variable edad vuelve a ser la más significativa con un valor Exp (B) de 0.529. Le proceden el sexo (0.298), intensidad del contacto (0.251) y el nivel de estudios (0.188). Tanto la relación como el sentido de las variables son idénticas a la variable dependiente CAMI. De esta forma, quienes tienen una mayor edad y nivel de estudios, y presentan un contacto más intenso, exponen una mayor disposición a interactuar. Por igual, las mujeres, presentan unas conductas más positivas.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten confirmar que se han cumplido los objetivos propuestos, destacando que las actitudes, conductas y conocimientos sobre el estigma hacia la salud mental son fenómenos multifactoriales influenciados por diversos factores sociodemográficos. Las variables predictoras del estigma identificadas son cuatro: el sexo, la edad, el nivel de estudios y la frecuencia de contacto. Sin embargo, se observó que el tipo de perfil (población general en contraste con profesionales) y la exposición a información actuarían como variables confundentes, lo que lleva a refutar la hipótesis inicial de que el tipo de perfil profesional influiría directamente en el nivel de estigmatización.

En cuanto a la distribución del estigma en la muestra, se observó que aproximadamente la mitad presentó un bajo nivel de estigmatización, acompañado de un mayor conocimiento y disposición para interactuar con personas con problemas de salud mental. Sin embargo, una cuarta parte mostró actitudes y conductas de alta estigmatización, asociadas a bajo conocimiento y menor disposición a interactuar. Aunque no se halló una diferencia estadísticamente significativa entre la población general y los profesionales en términos de actitudes y conductas, los profesionales sí presentaron un nivel de conocimiento superior. Esto sugiere que el estigma no depende únicamente del perfil profesional, sino que está modulado por otros factores contextuales y personales. Este hallazgo coincide con estudios previos como el de Reavley et al. (2014), quienes encontraron que las actitudes de la población general y de los profesionales eran similares en términos de distancia social y actitudes hacia la salud mental.

El contacto previo con personas que presentan problemas de salud mental mostró una relación positiva con mayores conocimientos y actitudes más favorables. A pesar de que los profesionales interactúan diariamente con este colectivo, la calidad y la profundidad de este contacto parecen no ser suficientes para generar diferencias significativas con la población general. Esto podría explicarse porque el contacto cercano y profundo, como el de familiares o amigos cercanos, es el que verdaderamente fomenta actitudes más inclusivas, como se describe en investigaciones como las de Medina et al. (2018) y Martínez et al. (2021).

Respecto a las diferencias de género, se encontró que las mujeres tienden a mostrar actitudes más favorables hacia la salud mental, mientras que los hombres exhiben actitudes más autoritarias y estigmatizantes. Estos resultados coinciden con lo planteado por Moreno et al. (2014) y Rohlsfs (2017), quienes atribuyen estas diferencias a factores de socialización y a la persistencia de roles de género derivados de una estructura patriarcal. Esto

sugiere que, a pesar de los avances hacia la igualdad de género, aún persisten normativas y expectativas que modulan las actitudes hacia el estigma

La edad también demostró ser un predictor importante, con los participantes más jóvenes mostrando actitudes más positivas y tolerantes hacia la salud mental. Estos resultados son consistentes con estudios como el de Abi Doumit et al. (2019), quienes argumentan que las personas mayores tienden a tener creencias más arraigadas y estereotipadas debido a una mayor influencia de factores culturales y tradicionales. Por otro lado, el nivel educativo se asoció a un mayor conocimiento y, consecuentemente, a actitudes y conductas menos estigmatizantes, apoyando los hallazgos de Pinto (2020) y de Link y Phelan (2001).

Un hallazgo inesperado fue la falta de relación entre el recibir información sobre salud mental y el nivel de conocimiento, actitudes y conductas hacia el estigma. Este resultado sugiere que la calidad de la información recibida, o la forma en la que se transmite, podría no ser suficiente para modificar el estigma. Además, es preocupante que solo la mitad de la muestra reconociera recibir información, con una marcada diferencia entre profesionales (80%) y población general (33%). Investigaciones como las de Pande et al. (2001) y López et al. (2008) sugieren que la mera transmisión de información tiene un impacto limitado en la modificación de actitudes, ya que el componente emocional y conductual tiene un peso considerable en el mantenimiento de las mismas. Las actitudes no se sustentan únicamente en la información cognitiva, sino que están profundamente influenciadas por experiencias personales y reacciones afectivas. Emociones como el miedo, la desconfianza o la empatía pueden actuar como mecanismos que refuerzan o debilitan las actitudes, mientras que las conductas derivadas de estas emociones (como la evitación o el acercamiento) contribuyen a consolidarlas a lo largo del tiempo. Se concluye, por tanto, que la educación y el contacto social son las estrategias más efectivas para el cambio de actitudes, siendo la información un primer paso necesario, pero insuficiente si no se complementa con experiencias directas y significativas (Ruiz, 2015).

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran el tamaño reducido de la muestra y la falta de categorización más específica de los profesionales en términos de su rol y nivel de contacto con personas con problemas de salud mental. Además, aunque se tomó en cuenta el sesgo de deseabilidad social, no se puede descartar su influencia en las respuestas obtenidas. Futuros estudios deberían considerar un diseño longitudinal y metodologías cualitativas para profundizar en las experiencias subjetivas y proporcionar un contexto más amplio a los hallazgos cuantitativos.

En conclusión, los hallazgos proporcionan una visión global sobre los factores que influyen en el estigma hacia la salud mental, resaltando la importancia del sexo, la edad, el nivel educativo y la frecuencia de contacto como predictores claves. Se sugiere el desarrollo de programas de intervención basados en la Investigación Acción, los cuales combinen la educación con el contacto significativo y se enfoquen en la modificación de los tres componentes del estigma: cognitivo, emocional y conductual.

Desde el ámbito del Trabajo Social, los resultados de este estudio destacan la necesidad de ir más allá de las intervenciones centradas únicamente en la transmisión de información y dirigirse a estrategias que aborden el componente emocional y conductual de manera integrada. La educación por sí sola no es suficiente para reducir el estigma, pues este se sostiene en gran medida por experiencias emocionales previas y respuestas conductuales que

perpetúan las actitudes negativas. Así, esta disciplina tiene el potencial de implementar intervenciones basadas en el contacto estructurado y en el fomento de experiencias interpersonales positivas, que no solo incrementen el conocimiento, sino que también desafíen las reacciones emocionales negativas y promuevan una mayor empatía hacia las personas con problemas de SM. Por ello, es fundamental el desarrollo de programas comunitarios que incluyan talleres participativos, encuentros con personas que han experimentado situaciones de estigmatización y actividades de sensibilización que faciliten la transformación de actitudes desde un enfoque holístico e inclusivo.

Asimismo, es crucial fomentar una reflexión crítica sobre cómo las estructuras sociales y culturales contribuyen a la reproducción del estigma, enfatizando la responsabilidad del Trabajo Social en la promoción de cambios significativos a nivel grupal y comunitaria. Debe posicionarse como agente de cambio, identificando y desmantelando los sistemas que perpetúan la discriminación y promoviendo un entorno de inclusión y respeto. Los y las profesionales del Trabajo Social, en su rol de mediación y defensa de los derechos humanos, pueden desempeñar un papel crucial al sensibilizar a las comunidades, capacitar a otros/as profesionales y abogar por políticas públicas que reduzcan la exclusión social y fomenten la igualdad. Al combinar intervenciones basadas en la educación, el contacto y la movilización comunitaria, el Trabajo Social se convierte en un vehículo esencial para la transformación social y la reducción del estigma, contribuyendo a la creación de contextos que promuevan el bienestar y la dignidad de todas las personas, independientemente de su condición de salud mental.

Sin embargo, para maximizar su impacto, es fundamental que las intervenciones en Trabajo Social no solo se limiten a la práctica, sino que también se apoyen y retroalimenten a partir de una base sólida de investigación continua. Es necesario seguir desarrollando estudios que identifiquen las mejores prácticas y evalúen la efectividad de las intervenciones implementadas, con el fin de generar conocimiento empírico que contribuya a una intervención más informada y eficaz. Esto implica la necesidad de fortalecer la investigación en Trabajo Social en áreas como la reducción del estigma, la integración de personas con problemas de SM y la promoción de la resiliencia comunitaria. La investigación no debe verse como un complemento, sino como un eje fundamental que guíe y enriquezca la práctica, asegurando que las acciones se basen en evidencia y que los programas se adapten a las realidades y necesidades cambiantes de la población.

De este modo, el Trabajo Social no solo se posiciona como un actor transformador en el ámbito de la salud mental, sino también como una disciplina que genera conocimiento relevante y propone respuestas innovadoras. Al combinar la investigación con la práctica, se consigue un enfoque integral que no solo aboga por la justicia social, sino que también contribuye al avance del conocimiento científico y a la mejora de las políticas públicas en beneficio de los colectivos más vulnerables.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abi Doumit, C., Haddad, C., Sacre, H., Salameh, P., Akel, M., Obeid, S., AKiki, M., Mattar, E., Hilal, N., Hallit, S. y Soufia, M. (2019). Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*, 14 (9).
- Aguilar, J.M., López, R., Fernández, J.M, Padilla, D. y Álvarez, J. (2016). “Influencia de la ocupación en actividades de la vida diaria y de ocio sobre la salud real de la persona mayor”. *Psychology, Society and Education*, 8, 35-147.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- Babic, D. (2010). “Stigma and mental illness”. *Materia Socio Médica*, 22, 23-46.
- Badallo, A., García, S. y Yélamos, L. (2013). “La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial”. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Balash, M., Causa, A., Faucha, M. y Casado, J. (2016). *La percepción de la Salud Mental en Cataluña*. Apunts.
- Cangas, A. y Navarro, N. (2014). *I Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental*. Alborán Editores: Granada.
- Cazzaniga, J. y Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Confederación Salud Mental España.
- Chavez, K.Y. y Rodríguez, C.A. (2020). “Estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud en hospitales minsa de la provincia del Santa, 2020”. [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano, Universidad Nacional del Santa, Chimbote-Perú].
- Chin, S.H. y Balon, R. (2006). Attitudes and perceptions toward depression and schizophrenia among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*, 30 (3), 262-263.
- Couture, S. y Penn, D. (2003). “Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literatura”. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291-305.
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F. y Rubbi, I. (2017). “Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy”. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.
- Del Olmo, F., González, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín, M., Martínez, A.C., Perna, G, Pomarol, E., Varandas, P., Ballesteros, J., Rebolleda, C., Vanni, G., González, E. (2019). “Mental health professionals’ attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study”. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. Madrid: Alianza Universidad.
- INE (2020). Encuesta europea de salud en España. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2011). “Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)”. *Epidemiol Psychiatr Sci. Epidemiology and Psychiatric Sciences*.

- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2010). "Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)". *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 440-448.
- Evans-Lacko S, London J., Little K, Henderson C y Thornicroft G (2010). "Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work?" *BMC Public Health*, 10 (339).
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2011). "Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure". *Epidemiol Psychiatr Sci. Epidemiology and Psychiatric Sciences*.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Harrison, J. y Gill, A. (2010). "The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon people with schizophrenia: a way forward". *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 242-250.
- Hawke, L.D., Parikh, S.V., Michalak, E.E. (2013). "Stigma and bipolar disorder: A review of the literatura". *Affect Disord*, 150 (2), 181-191.
- Laurel, A. y Bruce, G. (2003). "The impact of contact of stigmatizing attitudes toward people with mental illness". *Journal of Mental Health*, 12(3), 271-289.
- Link, B.G. y Phelan, J.C. (2001). "Conceptualizing stigma". *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- López, M. (2007), "Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable". *L'Information Psychiatrique*: 10, 83.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, M. y Aparicio, A. (2008). "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basad en Estudio". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28 (101).
- López, M., Laviana, M. y López, A. (2009). "Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves". *Revista Española de Neuropsiquiatría*.
- Martensson, G., Jacobsson, J.W. (2014). "Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors". *Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(9):782-823.
- Martínez, A.A., Lagunes, R. y Rosas, F.J. (2021). "Estigma hacia pacientes psiquiátricos en estudiantes mexicanos de psicología". *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 10 (20).
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). "Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones". *Salud mental*, 38 (1), 53-58.
- Medina, Y., Martínez, C., Morales, L. y Gil, P. (2018). "Las actitudes del alumnado universitario frente a las personas con trastorno mental". *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 209-218.
- Mena, AL., Bono, A., López, A., Díaz, D. (2014). "Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental": 30 (108), 597-611. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.

- Molina, V. (2021). “El tabú y el estigma de las enfermedades mentales”. *The Conversation*.
- Morales, J.F., Huici, C., Gómez, A. y Gaviria, E. (2008). *Método, teoría e investigación en Psicología Social*. Madrid: Pearson.
- Moreno, J.F., Rodríguez, I.R., Saldaña, D., y Aguilera A. (2006). “Actitudes hacia la discapacidad en el alumnado universitario matriculado en materias afines”. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40 (5), 1-12.
- Moreno, A.M., Sánchez, F. y López, M. (2014). “Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental”. *Psychology, Society & Education*, 6 (1), 17-26.
- Munsuri, J. y Pinazo, S. (2016). “Actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas con discapacidad. Análisis y propuestas”. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 114-118.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillén, A.I. e Izquierdo, S. (2011). “La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un estudio Empírico en Prensa, Escrita, Radio y Televisión”. *Clínica y Salud*.
- Navarro, N. y Trigueros, R. (2019). “Estigma en los/as profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática”. *Psychology, Society y Education*, 11 (2), 253-266.
- Nordt, C., Rossler, W. y Lauber, C. (2006). “Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression”. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709-714.
- Organización Mundial MS (2001). Documentos básicos, 43ª Edición. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [Consultado 25 de febrero 2022].
- Overton, S. y Medina, S. (2011). “The Stigma of Mental Illness”. *Counseling y Development*, 86 (2), 143-151.
- Pande, V., Saini, R. y Chaudhury, S. (2011). “Attitude toward mental illness amongst urban nonpsychiatric health professionals”. *Indian Journal of Psychiatry*, 20(1), 17-20.
- Pinto, M. (2020). “Caracterización de la estigmatización a la enfermedad mental en unas áreas de Bogotá, Colombia”. [Maestría en Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana].
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J. y Jorm, A. F. (2014). “Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community”. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5),433-441.
- Rigol A. (2006). “¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?” *Revista Presencia*.
- Rivera, M. (2015). *Ciudadanos invisibles. Niñez, política y salud mental en Puerto Rico*. Universidad de Puerto Rico.
- Rohlf I, Pérez G, Valls-Llobet C. (2007). Desigualtats de gènere en la salut. En: Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Eds. Borrell C y Benach J. Mediterrània: Barcelona.

- Román, D., J.C. Paramio, O. Paloma, J.L. Palazón, I. Lepiani, J.M. De la Fuente, M.R. López (2022). "Empathy, Bournout, and Attitutes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (2), 692.
- Ruiz, E. (2015). "Evaluación de los conocimientos, actitudes, opiniones y creencias que tienen los adolescentes sobre la salud mental". *Salud Madrid*.
- Ruiz M.A, Montes JM, Correas Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, de Dios Perrino C. (2012). "Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (2), 98-106.
- Taylor, S.M, y M.J. (1981). Dear. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*, 7 (2), 225-240.
- Verhaeghe. M. y Bracke, P. (2012). "Associative Stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being". *Journal of Health and Social Behavior*, 53, 17-32.
- Urbiola, A., Willis, G. B., Ruiz-Romero, J., y Moya, M. (2014). "La reducción del prejuicio hacia la población gitana en la vida real: Efectos de la visita a la exposición". *Psychosocial Intervention*, 23(1), 11-16.
- Vidal, J. (2020). "Reflexiones sobre Salud Mental. Un largo camino, aún por recorrer". *Área humana. Investigación, Innovación y Experiencia en Psicología*.
- Wagner, L.C, Torres, F., Geidel, A.R. y King, M.B. (2011). "Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores". *Saúde Pública*, 45 (2), 401-408.
- Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L. y Evans-Lacko, S. (2016). "Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1265-1273.